

Georg Risse

Die Approbationsordnung 2020, der Stand der rezenten Zahnmedizin / Kieferorthopädie und Folgen: Definition der Organ-basierten ZM und KFO

ZApprO 2020: Nach Verordnung des BMG, Bundesministerium für Gesundheit zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung vom 08. Juli 2019 ¹

Die ZApprO 2020 bedeutet nicht nur eine andere Studienordnung im internen Verbund mit der Allgemeinmedizin, sondern eine interne und interdisziplinäre, also fachübergreifende Vernetzung von Wissen und Erfahrungen aus den einzelnen Fachdisziplinen.

Mit diesem Schritt wird die Perspektive der Fachdisziplinen für den Gesamtorganismus präzisiert. Diese interdisziplinäre oder „Ganzheitliche“ Sicht der Medizin fordert nicht nur für das Studium, sondern insbesondere auch für alle Fachdisziplinen eine interdisziplinäre oder „Ganzheitliche“ Sicht der Medizin:

- *Es müssen nun auch für die Zahnmedizin und Kieferorthopädie spezielle Fachkenntnisse und medizinische Leistungen auf ihre Bedeutung und Wirkung für und auf benachbarte Organe oder Strukturen und insgesamt für und auf den Gesamtorganismus dargestellt werden.*

Dieses fördert sowohl die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Effektivität als auch gleichzeitig die Orientierung für eine ursächliche Zuständigkeit für bestimmte Erkrankungen und insgesamt das Gesamtwohl des Patienten und der Bevölkerung.

Diese interdisziplinäre Aufgabenstellung bedeutet auch für die Zahnmedizin und Kieferorthopädie eine interdisziplinäre Aufgabenstellung, Zuständigkeit und Verantwortlichkeit, wie dies vom Wissenschaftsrat, WR 2005 ultimativ gefordert wurde.

- *Der Kieferorthopäde ist somit nicht nur „Spezialist“ für das Orofaziale System, sondern „Spezialist“ für das Kau-Schluckorgan und seine (dysfunktionellen) Wirkungen auf den Organismus.*

Kurzfassung der Ergebnisse des Gutachtens „Zahnmedizin“ des WR², Wissenschaftsrats von 2005:

„Forschung:

Um das wissenschaftliche Leistungsvermögen zu steigern, muss nach Auffassung des Wissenschaftsrates nicht nur der Anteil des wissenschaftlichen Personals und der Forschungsressourcen erhöht werden, sondern zugleich *die mangelhafte Interaktion zwischen Zahn- und Humanmedizin* innerhalb der medizinischen Fakultäten überwunden werden.

Lehre und Ausbildung:

Die aktuelle Prüfungsordnung (Approbationsordnung von 1955) für Zahnärzte trägt weder der fachlichen Weiterentwicklung noch den Anforderungen an eine moderne und interdisziplinär ausgerichteten Lehre Rechnung. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher eine grundlegende Neugewichtung der Ausbildungsinhalte.“

Die aktuelle Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit, BMG vom 08. Juli 2019 ist den gutachterlichen Vorgaben des Wissenschaftsrats von 2005 nachgekommen [Ausschnitt]:

„Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung

A. Problem und Ziel

Die Ausbildung der Studierenden in der Zahnmedizin erfolgt derzeit auf der Grundlage der aus dem Jahr 1955 stammenden und seitdem weitgehend unveränderten Approbationsordnung für Zahnärzte.

Ziel des Verordnungsvorhabens ist eine grundlegende Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte. Die Novellierung ist angesichts der fachlichen Weiterentwicklung der Zahnmedizin und der veränderten Anforderungen an eine moderne und interdisziplinäre Lehre dringend erforderlich, um auch künftig die Qualität der zahnärztlichen Ausbildung als Voraussetzung für die zahnmedizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer älter werdenden Gesellschaft sicherzustellen.

B. Lösungen:

Zur Reform des Studiums der Zahnmedizin werden im Wesentlichen folgende Maßnahmen getroffen:

1. Neustrukturierung der zahnärztlichen Ausbildung
2. Angleichung der Studiengänge Medizin und Zahnmedizin in der Vorklinik
3. Neugewichtung der Ausbildungsinhalte
4. Bessere Abbildung von Allgemeinerkrankungen im Zahnmedizinstudium
5. Fächerübergreifende Ausbildung
6. Verbesserung der Betreuungsrelation
7. Modellklausel / interdisziplinäre Modellstudiengänge einzelner Fakultäten
8. Stärkung des Strahlenschutzes in der zahnärztlichen Ausbildung
9. Stärkere wissenschaftliche Kompetenz

Zugleich werden Änderungen an der Approbationsordnung für Ärzte vorgenommen, die durch die Angleichung von medizinischer und zahnmedizinischer Ausbildung im vorklinischen Studienabschnitt bedingt sind.

C. Alternativen: Keine“

Folgerungen

- Aus dieser interdisziplinären Ausrichtung der Approbationsordnung 2020 folgt zwingend auch eine interdisziplinäre Ausrichtung der Fachbereiche selbst.
- Die neue (interdisziplinäre) Ausrichtung der Fachbereiche, der Weiterbildung und Fortbildung besteht in einer Vernetzung der zahnmedizinischen und der medizinischen Fachdisziplinen durch Fokussierung fachübergreifender Wirkungen von Organen. Insbesondere fachübergreifende Wirkungen *dysfunktioneller* Organe sind von besonderer Bedeutung sowohl für den Patienten wie für Versicherungen, als auch für die Volksgesundheit.
- Der Zuständigkeitsbereich der einzelnen Fachbereiche erweitert sich somit vom „Gebietsbereich“ auf den Wirkungsbereich von Organen.

Die metrische Definition der rezenten Zahnmedizin und Kieferorthopädie

Der Zuständigkeitsbereich der Zahnmedizin und Kieferorthopädie ist sowohl vom Zahnheilkundengesetz 1955 als auch von der aktuellen fachlichen Seite nach Gebieten, Bereichen und metrischen Kriterien definiert:

In der Zahnmedizin wird das „Craniomandibuläre System“ und die „Craniomandibuläre Dysfunktion, CMD“ thematisiert, und in der Kieferorthopädie wird das „Orofaziale System“ als Zuständigkeitsgebiet benannt.

Definition der rezenten Kieferorthopädie

Metrische Definition der rezenten Kieferorthopädie / Zuständigkeitsgebiet:

„Kieferorthopädie ist die Lehre von der Erkennung, Verhütung und Behandlung von Dysgnathien. Der Begriff Eugnathie beinhaltet die harmonische Kombination von *Form und Funktion* der im *Gebiss- und Gesichtsbereich* vorhandenen *Strukturen*.

Für *Gebissanomalie* wird heute der Terminus Dysgnathie verwendet. Er beinhaltet alle *morphologischen und funktionellen* Abwegigkeiten im Bereich des *orofazialen Systems*.“ [Kahl-Nieke] ³ (Die *kursiv gedruckten Begriffe* beinhalten einen metrischen Hintergrund.)

Bildliche Darstellung der rezenten metrisch definierten Kieferorthopädie



Abb. 1 und 2:

Bildliche Darstellung des Behandlungsgebietes der konventionellen Kieferorthopädie nach Kahl-Nieke und durch das wissenschaftliche Fachjournal der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie

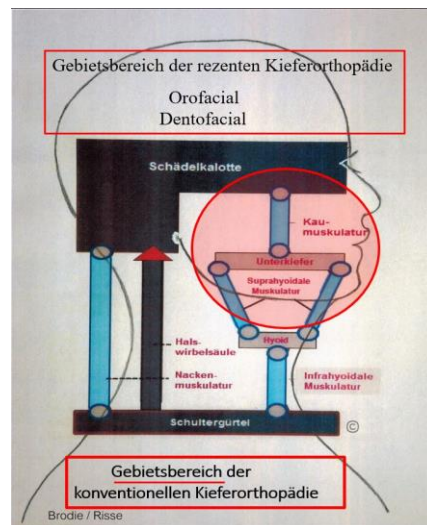


Abb. 3: Das Orofaziale Behandlungsgebiet der rezenten Kieferorthopädie
Einordnung des Zuständigkeitsgebietes der rezenten Kieferorthopädie in der interdisziplinären Craniocervicalen Funktionseinheit: rotes Gebiet.
Eine interdisziplinäre klinische Perspektive und Ausrichtung der konventionellen Kieferorthopädie über den oben dargestellten Gebietsbereich hinaus, wie es vom Gesetzgeber durch die neue Approbationsordnung ZÄApprO 2020 vorgesehen ist, ist nicht erkennbar.

Offizielle Begutachtungen der rezenten Kieferorthopädie

2001: Rüdiger Saekel⁴, Ministerialrat a.D.: Statistische Erfolgsquote in der Kieferorthopädie:
Das Gesundheitsministerium stellt nach Rüdiger Saekel, Ministerialrat a.D. für die Ergebnisqualität rezenter kieferorthopädischer Behandlungen fest:

- „Nur ca. 37,8% kieferorthopädischer Behandlungsabschlüsse sind als akzeptabel einzustufen.“ „In Deutschland stellen Patienten in rd. 40% der Fälle Rezidive, rückläufige Veränderungen nach einer kieferorthopädischen Behandlung, fest.“
- „Auch eine hohe Anzahl von Verlängerungsanträgen spricht für eine erhebliche Anzahl von Rezidiven.“ (Ein Verlängerungsantrag wird in der Regel nach einer Behandlungsdauer von 4 Jahren gestellt.)

Das Gutachten R. Saekel zieht den Schluss:

- „Trotz langer Behandlungszeit,
- regelmäßiger Betreuung und
- laufender Kontrollen der Patienten
- sowie hoher Behandlungskosten
- sei es nicht zweifelsfrei gelungen, positive Langzeiteffekte kieferorthopädischer Behandlungen für die Mundgesundheit zu belegen.“

2008 KFO-Gutachten im Auftrag des BMG / DIMDI [Ausschnitt]

Wilhelm Frank, Karin Pfaller, Brigitte Konta⁵: Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaten / HTA-Bericht 66; DIMDI deutsche Agentur für HTA des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information

1. *Die Frage der Indikationsstellungen bleibt aus der wissenschaftlichen Literatur völlig offen.*
2. *Forschung zur Absicherung der Indikation fehlt nahezu gänzlich.*
3. *Es verstärkt sich der Eindruck, dass eine große Kluft zwischen der praktischen Anwendung kieferorthopädischer Maßnahmen und der wissenschaftlichen Erforschung ihrer Wirksamkeit existiert.*
4. *Es wird viel Forschungsarbeit im Bereich der Weiterentwicklung von Geräten oder Techniken erbracht, jedoch äußerst wenig im Bereich Interventionsbedarf, Analyse der Nachhaltigkeit, Einflussfaktoren auf den Erfolg oder Quantifizierung von Nebenwirkungen z. B. Karies oder Wurzelresorptionen.*
5. *Um die professionelle Arbeit der Kieferorthopädie (KFO) nicht in den Nahbereich von Bedarfsinduzierung oder unbelegter Indikationsstellungen zu bringen, ist eine Beforschung dieses Themas ganz wesentlich.*
6. *Die für die Interventionsabsicherung existierenden Indizes, wie der Index of Treatment Need (IOTN), [KIG] scheinen eine akademische Bedeutung zu haben, die in der täglichen Praxis irrelevant erscheinen. [KIG: Ausschluss der Funktionsdiagnostik]*
7. *Der Frage, welche Indikationsstellungen nun für die Intervention als wissenschaftlich abgesichert gelten können, muss unverzüglich große Aufmerksamkeit geschenkt werden.*
8. *Die Veröffentlichung von methodisch völlig unverwertbaren oder mit zahlreichen offensichtlichen Fehlern behaftete Studien ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts [...] inakzeptabel.*

2018 IGES-Gutachten Kieferorthopädie im Auftrag des BMG⁶

Kritik des Bundesrechnungshofs an fehlendem Nutznachweis in der Kieferorthopädie

Anlass war Kritik des Bundesrechnungshofs. Die Behörde hatte im Frühjahr 2018 das unzureichende Wissen über den Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen bemängelt. Sie sieht dieses Evidenzdefizit nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vereinbar.

Generell fanden die IGES-Forscher in der weltweiten Literatur nur wenige Untersuchungen, bei denen die langfristigen Auswirkungen auf die Mundgesundheit erfasst wurden.

IGES Institut Berlin: Anja Hoffmann, Simon Krupka, Cornelia Seidlitz, Stephanie Sussmann, Inga Sander, Holger Gothe: Kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen

Die interdisziplinäre Bedeutung des Behandlungsergebnisses der „Kieferorthopädie“ für den Patienten, den Zahnarzt und die „Volks Gesundheit“

- I. Das Behandlungsergebnis des Kieferorthopäden ist die Grundlage für jegliche weitere zahnärztliche Tätigkeit -zeitlebens.
- II. Die Kieferorthopädie beeinflusst während des Wachstums:
 - alle Zahnstellungen und - Winkelstellungen je Kiefer,
 - alle dentalen Zahnbeziehungen in der Okklusion,
 - alle Belastungsvektoren der Okklusion und der Kiefergelenke, KG / (Thema: „Zwangsbiss“ / Scherkontakte)
 - alle strukturellen, funktionellen und skelettalen Beziehungen der Kiefer und des Schädels durch
 - (a) adaptative Umbauvorgänge und
 - (b) zusätzlich durch Wachstumsvorgänge.
- III. nach Ende des Wachstums, WT. verändert die KFO adaptativ „nur“ noch Zahnstellungen und Zahnbogenformen in 3D. [Neu: CMD-KFO]

Fazit:

- Die „Kieferorthopädie“ mit Wachstum (WT) ist extrem „nachhaltig“ (invasiv) im Positiven wie im Negativen.
- Die „Kieferorthopädie“ definiert den funktionellen Zustand des Kauorgans als Basis für alle nachfolgenden Tätigkeiten des Zahnarztes zeitlebens.
- Die „Kieferorthopädie“ wirkt über das „Kauorgan“ fachübergreifend und interdisziplinär auf Strukturen und Organe des gesamten „Bereichs“ von Kopf und Hals als Funktionseinheit.
- Kieferorthopädie hat den höchsten Grad an Invasivität in der Medizin und ist Schicksal bestimmend.

Zahnmedizin

Allgemeine rezente Zahnmedizin / Zuständigkeitsgebiet und Folgen

Aktueller Stand der interdisziplinären Zahnmedizin „in Diagnostik und Therapie bei Verdacht auf CMD“⁷ [Ahlers/Jakstat]:

„Die klassischen zahnärztlichen Mittel beinhalten jedoch beispielsweise keine Verfahren, mit denen Muskel- und Gelenkerkrankungen direkt beeinflussbar sind. Die funktionstherapeutisch ausgerichtete Zahnheilkunde hat daher in der Vergangenheit verschiedene Maßnahmen eingeführt, um diese Einschränkung zu überwinden. Neben physikalischen Anwendungen zählen hierzu physiotherapeutische Übungen und natürlich das psychosomatisch wirkende ärztliche Aufklärungs- und Beratungsgespräch.

Die frühe Spezialisierung in der Ausbildung, die Akzeptanz von Seiten der Patienten und der Rechtsrahmen, setzen der zahnärztlichen Diagnostik jedoch Grenzen. So ist der Zahnarzt nach aktueller Rechtsprechung zuständig für alle Erkrankungen, die neben den Zähnen und dem Zahnhalteapparat im engeren Sinne auch den Bereich des Kauorgans und der dafür erforderlichen Gewebe im weiteren Sinne umfassen.

Seine Zuständigkeit endet somit jenseits der Kiefergelenke bzw. der für die Kaufunktion erforderlichen Muskulatur und Stützgewebe.“ (Abb.: 4)

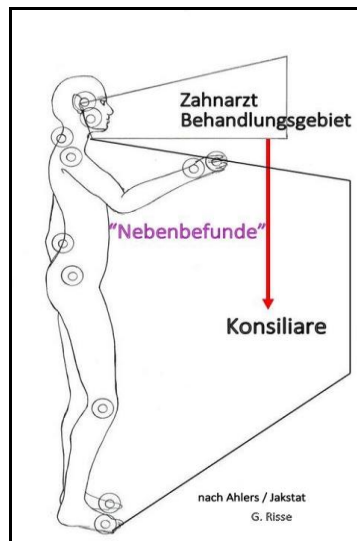


Abb. 4: „Der Zahnarzt als Gatekeeper“ nach Ahlers/Jakstat ⁷, S. 392: Klinische Funktionsanalyse:

Problematik

Charakteristisch für diese Gebiets-Position der aktuellen Lehre der DGFDT, Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie ist die Betrachtung des Tätigkeitsbereichs als „Gebiet“: *Craniomandibuläres System*.

Das oben im Text von Ahlers/Jakstat erwähnte „Kauorgan“ wird im Rahmen des „Craniomandibulären Systems“, CMS als Gebiet gesehen. Das Kauorgan wird ausdrücklich - auch mit Verweis auf „rechtliche Grenzen“ - auf den Gebietsbereich des Kauorgans eingegrenzt. Das *Problem hierbei*:

Ein Gebiet kann keine Wirkung haben - im Gegensatz zu einem Organ, dessen Aufgabe es ist, u.a. Wirkungen im Rahmen des Organsystems des Organismus zu haben.

Die Wirkungen des Kauorgans und speziell die dysfunktionellen Wirkungen eines Kauorgans werden ausdrücklich ausgegrenzt. Die neue Approbationsordnung 2020 lenkt aber den Schwerpunkt speziell auf die Wirkungen bzw. auf die dysfunktionellen Wirkungen von Organen auf die vernetzten Nachbarorgane, -Gewebe und -Funktionsräume.

Die Auslegungen des Zuständigkeitsbereiches der sog. Nebendiagnosen bzw. insbesondere der sog. Differenzialdiagnosen nach Ahlers/Jakstat, DGFDT entsprechen nicht mehr den Ansprüchen der neuen Sichtweise der aktuellen Approbationsverordnung 2020.

Unverständliche Logik der DGFDT

Während nach Ahlers/Jakstat, DGFDT fachübergreifende Wirkungen eines Dysfunktionellen Kauorgans auf Nachbardisziplinen weitgehend ausgeschlossen werden – und damit auch den Zuständigkeitsbereich der Zahnmedizin bzw. der Kieferorthopädie - räumen obige Autoren und Instanzen umgekehrt insbesondere „den verschiedenen Einflüssen anderer Organsysteme auf die Funktion des Kauorgans“ eine richtungsweisende Präferenz ein.

Hierdurch werden Wirkungen in umgekehrter Richtung von der Zahnmedizin auf die Humanmedizin von Ahlers/Jakstat weitestgehend ausgeschlossen: S. 393:

„Die nachfolgenden Kapitel beschreiben daher die verschiedenen Einflüsse anderer Organsysteme auf die Funktion des Kauorgans sowie die Möglichkeiten der entsprechenden medizinischen Nachbardisziplinen in der konsiliarischen Diagnostik und Therapie.“

Offensichtlich wird in der rezenten Zahnmedizin nicht erkannt, dass das Kauorgan als Organ eine Wirkung hat - auch eine Wirkung auf andere Organe – umgekehrt aber wohl. Diese widersprüchlichen Grundlagen auf der Basis von metrischen Gebietsperspektiven widersprechen der Intention der aktuellen Approbationsordnung 2020.

Folgerung:

Die metrisch begrenzten Definitionen der Fachdisziplinen Zahnmedizin und Kieferorthopädie widersprechen der Grundstruktur des Organismus mit interdisziplinärer Vernetzung, der Intention des Gutachtens des Wissenschaftsrates 2005 und der Richtungsweisenden Neuorientierung der Approbationsordnung 2020:

- Die Termini „Craniomandibuläres System“ oder „Craniomandibuläre Dysfunktion, CMD“ erlauben keine (ausreichende) Krankheitsdefinition. Die Diagnose „CMD“ wird auch von der DGFDT als „Sammelbegriff“ eingestuft, deren „spezifischen“ Befunde bzw. Symptome im „CMD-Kurzbefund“ definiert werden: „Mundöffnung asymmetrisch oder eingeschränkt, Geräusche der Kiefergelenke bzw. der Okklusion, schmerzhafte Muskulatur und exzentrische Okklusion“.
- Während der Begriff CMD als ein Sammelbegriff eingestuft wird, wird eine verfeinerte Differenzierung vorgenommen in: „Differenzierte Initialdiagnosen“ bzw. „Primärdiagnosen“: „Okklusopathie“, „Myopathie“ und „Arthropathie“.
- Weitere „Beschwerden“ und „Beobachtungen“ (Ahlers/Jakstat S. 322 / 323), welche eine interdisziplinäre Perspektive beinhalten, werden unter „Nebendiagnosen“ definiert, „welche in der Regel jedoch nicht durch zahnärztliche Maßnahmen zu behandeln sind.“
- „Im Gegensatz zu den beschriebenen Nebendiagnosen stehen ‚Differenzialdiagnosen‘ nicht in kausalem Zusammenhang mit craniomandibulären Dysfunktionen. Sie erfordern daher eine umgehende Überweisung an die diesbezüglich zuständigen Fach- bzw. Gebietsärzte.“ [S.326]

Dieser kategorische Ausschluss der Zuständigkeit der Zahnmedizin / Kieferorthopädie von „Differenzialdiagnosen“ ist aus der „Gebietsperspektive“ nachvollziehbar, widerspricht jedoch der Organperspektive und der Ausrichtung der neuen interdisziplinären Perspektive der ÄApprO 2020 und der ZÄApprO 2020.

Die Schlussfolgerung der begrenzten Perspektive der aktuellen Zahnmedizin und Kieferorthopädie wird im richtungsweisenden Buch „Klinische Funktionsdiagnostik“, Ahlers/Jakstat der DGFDT auch auf S. 116 bestätigt:

„Es wurde dargestellt, dass die Symptomatik „CMD“ sehr facettenreich ist. Deshalb kann sie auch so leicht durch das „diagnostische Sieb“ fallen. Warum (?): Es fehlt ein Leitsymptom!“

Zum näheren Verständnis: Die Organstruktur des Organismus

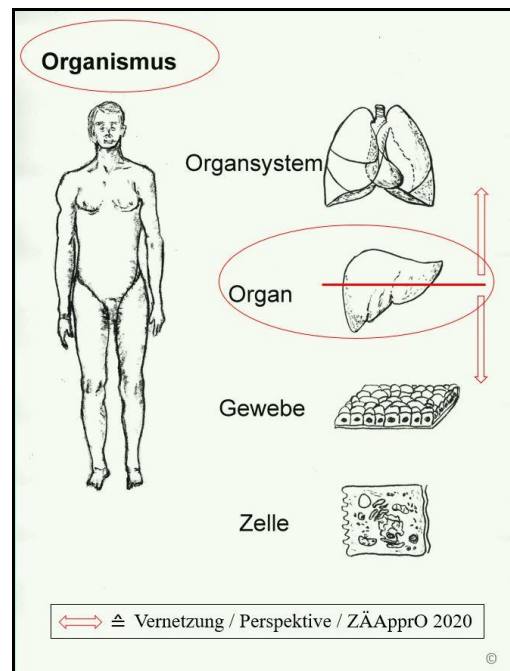


Abb. 5: Darstellung des Organismus und seine biologische Struktur. Das Organ stellt den bisherigen „Scheideweg“ der Fachdisziplinen zum Organismus dar.

Die Gebietsmedizin / Fachdisziplin geht vom Organ als „Gebiet“ und „Gebietszuständigkeit“ aus, und forscht „in die Tiefe“ mit Verlust der Perspektive „vom Ganzen“.

Die Approbationsordnungen der Medizin und Zahnmedizin 2020 führen nun zur Vernetzung der „Spezialkenntnisse“ der „Organmedizin“ mit den Organsystemen zum Gesamtorganismus. „Das Ganze ist mehr als seine Einzelteile“.

Allgemeine / interdisziplinäre Folgerung

Das „Fehlende Leitsymptom“ der rezenten Zahnmedizin und Zahnheilkunde ist nicht augenscheinlich im Zahnheilkundengesetz zu erkennen; es ist jedoch aus dem Terminus „Krankheit“ abzuleiten:

§1, Absatz (3) Ausübung der Zahnheilkunde ist die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

Als Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen.

Es fehlt eine medizinische Definition der Zahnmedizin und Kieferorthopädie, welche auch der interdisziplinären Perspektive der neuen medizinischen Approbationsordnungen der Allgemeinmedizin und Zahnmedizin entspricht. Daher wird eine medizinische Definition von Zahnmedizin und Kieferorthopädie formuliert:

Die medizinische Definition der Zahnheilkunde und Kieferorthopädie als Organmedizin, G. Risse:

Die interdisziplinäre Zahnheilkunde und -Kieferorthopädie, id-ZM / id-KFO

Die id-ZM und id-KFO ist die Lehre

(A) von der Grundbeschaffenheit des Organs

- vom Bau,
- von der Funktion,
- von der Funktionsentwicklung,
- von Funktionsstörungen, Funktionseinschränkungen und Dysfunktionen
- von Erkrankungen des Kau-Schluckorgans und deren Wirkungen
- seinen Anhangorganen
- sowie deren medizinischen ursächlichen Behandlung

(B) vom Entwicklungsprozess und Wirkungsprozess

- Die medizinische Definition der Zahnheilkunde und Kieferorthopädie erfolgt bei der id-ZM und id-KFO über das Kau-Schluck-Organ, KSO.
- Das Kau-Schluckorgan entwickelt sich aus dem primären Saug-Schluckorgan über und durch erlernte Fertigkeiten und Fähigkeiten.
- Das Kau-Schluckorgan (KSO) wirkt als Organ interdisziplinär.

Erweiterte interdisziplinäre Zuständigkeit des Zahnarztes und des Kieferorthopäden

Die Neuausrichtung der interdisziplinären medizinischen Zuständigkeit der Zahnmedizin und Kieferorthopädie nach der Approbationsordnung 2020 ergibt sich aus dem funktionellen Wirkungsbereich des Kau-Schluckorgans und der Funktionseinheit von Kopf und Hals:

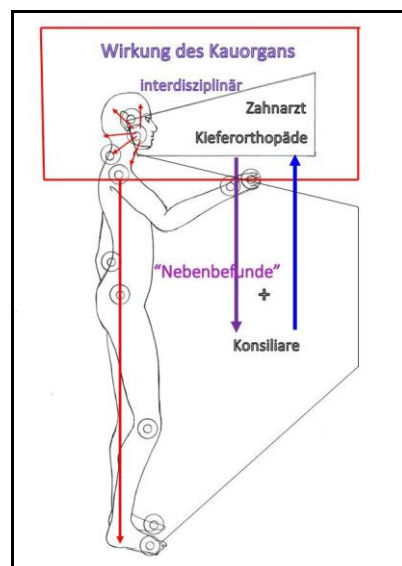


Abb. 6: Darstellung der interdisziplinären Neuorientierung durch die Approbationsordnungen 2020 nach dem Wirkungsprinzip von Organen: mit vielfacher Rücküberweisung zum Zahnarzt bzw. zum Kieferorthopäden wegen ursächlicher Behandlung.

Schlussfolgerungen

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Medizin, der Zahnmedizin und Kieferorthopädie basiert auf der Grundlage der Wirkung von Organen und der Organvernetzung.
- Aus dem „Fachübergreifenden Wirkungsbereich“ des Kau-Schluck-Organes, KSO ergibt sich mit der „Konsiliarabstimmung“ zwingend eine deutliche, interdisziplinäre Erweiterung der ursächlichen Zuständigkeit des Zahnarztes und des Kieferorthopäden.
- Die „orofaziale“ Ausrichtung der rezenten Kieferorthopädie ist als Grundlagenfehler einzustufen.
- Sowohl die rezente Kieferorthopädie als auch die funktionelle Zahnheilkunde entsprechen u.a. nach dem Gutachten des Wissenschaftsrats, WR von 2005 nicht den interdisziplinären medizinischen Anforderungen. Diese Aufgabenstellung wird nun von der Verordnung der ZÄApprO 2020 eingefordert.
- Der Patient erwartet mit - „geraden Zähnen“ – oder mit einer – „funktionellen Okklusion“ eine ursachenbezogene Medizin ohne fachübergreifende dysfunktionelle „Nebeneffekte“ oder Folgeschäden.
- Es gelten (interdisziplinäre) Aufklärungsgebote über Wirkungen.

Literatur

1. ZÄApprO 2020: Nach Verordnung des BMG, Bundesministerium für Gesundheit zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung vom 08. Juli 2019
2. Wissenschaftsrat, WR: Konzentrationsprozess in der Zahnmedizin an den Universitäten erforderlich: Pressemitteilung 05/05; Berlin, 31. Januar 2005
3. Kahl-Nieke, B. Einführung in die Kieferorthopädie, S. 3; Deutsch. Zahnärzterverlag, 3. Auflage.]
4. Rüdiger Saekel, Ministerialrat a.D.; Bundesministerium für Gesundheit: Gutachten Kieferorthopädie 2001: Statistische Erfolgsquote in der Kieferorthopädie [Ausschnitt]
5. Wilhelm Frank, Karin Pfaller, Brigitte Konta: Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaten /2008 KFO-Gutachten im Auftrag des BMG / DIMDI, HTA-Bericht 66; DIMDI deutsche Agentur für HTA des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
6. IGES Institut Berlin, Gutachten Kieferorthopädie 2018: Anja Hoffmann, Simon Krupka, Cornelia Seidlitz, Stephanie Sussmann, Inga Sander, Holger Gothe: Kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen
7. Ahlers/Jakstat, Klinische Funktionsanalyse. S. 391, 392; DentaConcept, 2011, 4. Auflage

Artikel: I.2.G.R.: Münster, den 16.11.20